

## کیفیت زندگی سالمدان و تجربه سوء رفتار توسط اعضای خانواده

مجیده هروی کریموفی<sup>۱\*</sup>، ناهید رژه<sup>۱</sup>، علی منتظری<sup>۲</sup>

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمدانی دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، تهران، ایران
۲. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پاییز

سال دوازدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۲ صص ۴۸۸-۴۷۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ تیر ۹۲]

### چکیده

سوء رفتار با سالمدان یکی از اشکال خشونت در خانواده است که به صورت عمدی یا غیرعمدی به وسیله اعضای خانواده یا مراقب، به سالمدان تحمیل شده و سبب ایجاد آسیب و اذیت به شخص سالمدان می‌گردد و تأثیر بهسازی در کاهش سلامتی و امنیت سالمدان دارد. مطالعه حاضر، با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمدان با تجربه سوء رفتار در مقایسه با گروه سالمدانی که سوء رفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نکرده اند، انجام گرفت. در این مطالعه مقطعی، ۳۶۰ سالمدان ساکن شهر تهران (۱۸۰ نفر با تجربه سوء رفتار و ۱۸۰ نفر بدون تجربه سوء رفتار)، در محدوده سنی ۶۵ سال و بالاتر عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران شرکت نمودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه چهره به چهره با سالمدان در کانون‌های جهاندیدگان یا منازل سالمدان انجام شد. سالمدانی که بر اساس نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی فاقد اختلال شناختی تشخیص داده شدند پس از کسب رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. سپس، پرسشنامه بررسی سوء رفتار خانواده نسبت به سالمدان، نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت و پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و فردی برای آنان تکمیل گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه سالمدان بدون تجربه سوء رفتار، نسبت به سالمدان با تجربه در کلیه ابعاد هشتگانه به طور معنی‌دار از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و در گروه سالمدان آزار دیده، سالمدان با تجربه هر یک از اشکال در مقایسه با سالمدان بدون تجربه همان شکل از سوء رفتار، به‌طور معنی‌دار در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند ( $P < 0.001$ ). در بررسی رابطه متغیر جنسیت با کیفیت زندگی وابسته به سلامت تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد ( $P < 0.001$ ). نتایج این مطالعه، بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی و حمایتی در جهت شناسایی قربانیان سوء رفتار نسبت به سالمدان، و پیشگیری و ارائه خدمات جهت حل این معضل با یک رویکرد میان رشته‌ای و تیمی است.

**کلیدواژه:** کیفیت زندگی، سوء رفتار نسبت به سالمدان، اعضای خانواده، تهران

\* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمدانی

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰

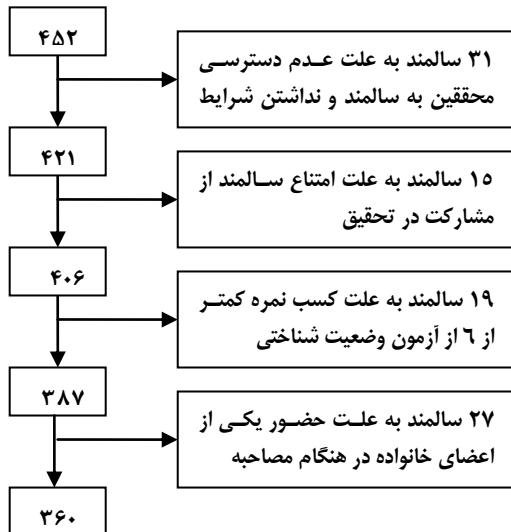
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

## مقدمه

دارد [۱۲]. Lachs و همکارانش گزارش نمودند میزان مرگ و میر با وجود سوءرفتار افزایش می‌یابد [۱۳]. نتایج مطالعه Mouton و Espino نشان داد زنان سالمند با تجربه سوءرفتار به مراتب بیش از کسانی که تجربه این پدیده را ندارند جهت امور درمانی همچون جراحات جسمی، اختلالات ژنیکولوژی و گوارشی، دردهای عضلانی، افسردگی، اضطراب، سردرد، و خستگی به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند [۱۴]. شواهد وجود ارتباط معنادار را بین تجربه سوءرفتار با افزایش ابتلا به دماسن، افسردگی [۱۵]، احساس تهمایی [۱۶] تأیید می‌نمایند. همچنین متخصصان احساس درماندگی، بیگانگی، گناه، ترس، خجالت، پأس، نالمیدی، سندروم پس از ضربه و اقدام به خودکشی را به عنوان اثرات سوءرفتار ذکر نموده‌اند؛ لکن اعتبار و میزان این اثرات مورد بررسی قرار نگرفته است [۱۷-۱۸]. کاهش کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدها و نتایج سوءرفتار نسبت به سالمندان در تعدادی از مقالات معرفی گردیده است [۱۹]. این در حالی است که یکی از چالش‌های اصلی و عمدۀ بهداشت در قرن بیست و یکم زندگی با کیفیت برتر است. کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از و بهبود کیفیت زندگی سالمندان از جنبه‌های مهم مراقبت سالمندان به شمار می‌رود و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی و ایجاد محیطی مناسب برای زندگی سالمندان به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است [۲۰]. صاحب نظران معتقدند در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید همواره به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی، درمانی مفید و مؤثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد [۲۱]. از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است و می‌تواند راه را برای ارائه هر چه بهتر روش‌های ارتقای کیفیت زندگی هموار سازد [۲۲]. بنابراین دانستن این که سالمندان با تجربه سوءرفتار تا چه حد احساس خوب بودن دارند و در چه جنبه‌هایی چنین احساسی را ندارند، کمک می‌کند تا به گونه‌ای برنامه‌ریزی کنیم تا آلام آنها کاهش یابد. بررسی شواهد نشان می‌دهد گرچه سوءرفتار نسبت به سالمندان به عنوان یک عامل تهدیدکننده زندگی شناخته شده است، لکن تحقیقات بسیار اندکی در خصوص اندازه‌گیری کیفیت زندگی قربانیان انجام گرفته است [۲۳]. به رغم جستجوی نویسنده‌گان هیچ مطالعه‌ای در ایران، در زمینه سنجش کیفیت زندگی سالمندان با تجربه سوءرفتار صورت نگرفته است، لذا

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و اميد به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است. پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، برای اعضای خانواده و جامعه در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود [۱۳]. این چالش به موقعیت جمعیتی کشور ایران نیز مربوط می‌شود. در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، حدود  $\frac{7}{27}$  درصد از جمعیت کشور، و ۶ درصد از جمعیت شهر تهران در سنین ۶۵ سالگی و بالاتر قرار دارند [۴-۵]. در چنین شرایطی عدم آمادگی خانواده برای پذیرش مراقبت از سالمندان و همچنین شرایط خاص اجتماعی نظیر شهرنشینی، تجدد‌گرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل جدید و قدیم و عدم آمادگی برای پذیرش مراقبت از یک سالمند سبب می‌گردد که خانواده قادر به ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان نباشد؛ و ممکن است سالمند را در معرض خطر سوءرفتار توسط اعضای خانواده (Domestic Elder Abuse) قرار دهد [۶-۷]. امروزه سوءرفتار نسبت به سالمندان در متن خانواده، جایی که اعضای خانواده مراقبت از عضو سالمند را فراهم می‌آورند، به عنوان یک مشکل جدی و یکی از اشکال خشونت در خانواده مطرح است [۸]. مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده عبارت است از تحمیل درد و رنج از طرف اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. سوءرفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شیوه‌های انسانی است که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی، و طردشدن رخ می‌دهد [۹]. در حالی که بسیاری از صاحب نظران، نگرانی عمیقی نسبت به افزایش خشونت در خیابان‌ها و اماکن عمومی دارند، احتمال مورد خشونت قرار گرفتن یک فرد در خانواده به مراتب بیشتر از بیرون خانواده است [۱۰]. میزان سوءرفتار در منزل برای جمعیت سالمند توسط ۶۷ درصد و Sookhoo و Buka  $\frac{73}{3}$  درصد از کل موارد سوءرفتار نسبت به سالمندان گزارش شده است [۱۱-۱۲]. جای هیچ‌گونه شک و تردید نیست که عاقب خشونت خانوادگی می‌تواند بسیار ناخوشایند باشد [۱۰]. شواهد نشان می‌دهد درجات مختلف سوءرفتار تأثیر به سزایی در کاهش سلامتی و امنیت سالمندان

شش دهم در اين آزمون، تعادل مناسب را بين حساسيت و ويژگي ايجاد مي کند. در صورت کسب نمره ۶ يا بالاتر از اين آزمون ساير پرسشنامه ها تكميل شد [۲۵]. پايابي و روایي نسخه اصلی [۲۶] و همچنین نسخه فارسي پرسشنامه مذكور مورد تاييد قرار گرفته است [۲۵].



شكل ۱- دياگرام مطالعه

۲- پرسشنامه ويژگي های دموگرافيك شرکت كنندگان در پژوهش شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، نحوه زندگی سالمدن با خانواده، ابتلا به بیماری های مزمن، بسترهای مکرر در بیمارستان به علت بیماری های مزمن، بیمه درمانی، وضعیت سو مصرف مواد بررسی شد. به منظور سنجش وضعیت اقتصادي، دیدگاه سالمدان نسبت به کفايت منابع مالی شان در چهار سطح اصلاً کافی نیست، در حد کم، متوسط و کاملاً کافی سنجیده شد.

۳- پرسشنامه بررسی سو رفتار در خانواده نسبت به سالمدان شامل ۴۹ عبارت در هشت زیر مقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سو رفتار روان شناختی (۱۱ عبارت)، سو رفتار جسمی (۴ عبارت)، سو رفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشده (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) تكميل شد. ابزار مذكور دارای گزینه های "بلی"، "خیر" و "موردي ندارد" است. گزینه "موردي ندارد" دلالت بر شرایطی دارد که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمدن همخوانی و تناسب ندارد. امتيازهای اخذشده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتياز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بيشتری از عاليم سو رفتار است. ويژگي های روان سنجي ابزار

پژوهشگران، تصميم گرفتند مطالعه اى را با هدف تعیين کيفيت زندگي مرتبط با سلامت اين دسته از سالمدان و مقاييسه آن با گروه سالمدانى که سو رفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نکرده اند، انجام دهنده تا از رهگذر آن، به ابعادی از کيفيت زندگي گردیده اند و نياز بيشتری به توجه و برنامه ريزی دارند، پي برده شود.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه اى از نوع مقطعی مقاييسه اى [۲۴] است که با مشارکت زنان و مردان سالمدن عضو کانون های جهانديگان شهر تهران انجام شد. پس از کسب مجوز و هماهنگي با مسئولين، ۱۰ مورد از کانون جهانديگان به صورت تصادفي ساده از ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران انتخاب گردید. سپس افراد عضو کانون ها براساس پرونده، شماره گذاري، و بعد از طريق جدول اعداد تصادفي نمونه اى از سالمدان به نسبت جمعیت سالمدان هر کانون، به عنوان نمونه انتخاب شد. مطالعه مقدماتي نشان داد، حدود ۴۰ درصد از سالمدان عضو کانون جهانديگان شهر تهران، با استفاده از پرسشنامه پيشنهادی در طرح مذكور، سو رفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نموده بودند. براین اساس حجم نمونه در هر گروه ۱۶۲ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن حدود ده درصد احتمال ناقص بودن اطلاعات در هنگام جمع آوري داده ها، حجم نمونه در هر گروه ۱۸۰ نفر و در مجموع ۳۶۰ نفر در نظر گرفته شد. به منظور دستيابي به اهداف پژوهش معيارهای ورود به مطالعه برای سالمدان عبارت بودند از: سن ۶۵ سال يا بالاتر؛ سکونت در مناطق مختلف شهر تهران؛ توانيابي تکلم به زبان فارسي؛ تمايل به شرکت در پژوهش (رضایت داوطلبانه شرط اصلی انجام تحقيق بود)؛ و معيارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به ناشنوايی و بیماري تاييد شده روانی و اختلالات شناختي (کسب نمره کمتر از ۶ از نسخه فارسي آزمون کوتاه وضعیت شناختي ۲۵) (Iranian version of the Abbreviated Mental Test Score).

بدین ترتيب ۳۶۰ نفر مشارکت كننده از بين ۴۵۲ سالمدن بر اساس معيارهای فوق انتخاب گردید. دياگرام مطالعه در شكل يك نشان داده شده است. در مورد اهداف تحقيق به صورت شفاهي به شرکت كنندگان توضيحات لازم ارائه و از نظر زمان و مكان تكميل پرسشنامه هماهنگي های لازم انجام شد. مشخصات دموگرافيك نمونه های پژوهش در جدول شماره يك نشان داده شده است. گرداوري اطلاعات در اين پژوهش با ابزاری چهار قسمتی انجام شد:

- در قدم اول جهت تشخيص وضعیت شناختي سالمدان، نسخه فارسي آزمون کوتاه وضعیت شناختي شامل ۱۰ سؤال تكميل گردید. امتياز

بدست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در آن اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محترمانه حفظ خواهد شد.

### يافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۳۶۰ سالمند ساکن شهر تهران (۱۸۰ نفر با تجربه سوء‌رفتار و ۱۸۰ نفر بدون تجربه سوء‌رفتار) شرکت نمودند. سالمندان با تجربه سوء‌رفتار (۵۸ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) در محدوده سنی ۶۵ تا ۹۰ سال با میانگین سنی  $57.6 \pm 5.7$  و میانگین تعداد فرزندان  $2.16 \pm 0.86$  بودند. اکثریت آنها به ترتیب متاهل (۴۸/۹) و همسر فوت کرده (۴۸/۳)، بی‌سواند (۵۱/۱) درصد، خانه‌دار (۲۳/۸) درصد) با وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۴۱/۲ درصد) بودند و به ترتیب با همسرانشان (۳۹/۴ درصد) و یا به تنها (۳۶/۱ درصد) زندگی می‌کردند و از حداقل یک بیماری‌های مزمن (۸۲/۸ درصد) رنج می‌بردند (جدول شماره یک). همچنین سالمندان بدون تجربه سوء‌رفتار (۷۹ نفر مرد و ۱۰۱ نفر زن) با میانگین سنی  $48.85 \pm 0.56$  و میانگین تعداد فرزندان  $2.15 \pm 0.26$  در این پژوهش مشارکت نمودند. اکثریت آنها متأهل (۵۸/۲ درصد)، بی‌سواند (۳۸/۳ درصد)، خانه‌دار (۵۱/۷ درصد) با وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۴۷/۸ درصد) بودند و اکثریت آنان با همسرانشان زندگی می‌کردند (۵۲/۸ درصد) و از حداقل یک بیماری مزمن (۷۵/۶ درصد) رنج می‌بردند (جدول شماره یک).

جدول شماره ۲، تعداد اشخاص سالمندی را نشان می‌دهد که یکی از اشکال سوء‌رفتار را تجربه نموده اند. بیشترین میزان سوء‌رفتار مربوط به غفلت عاطفی (۷۴/۴۵ درصد) و سوء‌رفتار روان شناختی (۶۲/۲۲ درصد)، و کمترین آن مربوط به طردشدن (۱۳/۳۴ درصد) و سوء‌رفتار جسمی (۲۳/۳۴ درصد) است. در این مطالعه، گروه سالمندان بدون تجربه سوء‌رفتار، نسبت به سالمندان با تجربه در کلیه ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور مناسب با سوالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سوال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پایابی و روایی نسخه اصلی [۲۹] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۳۰]. نظر به بی‌سواندی اکثریت سالمندان ایرانی، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل، تک تک عبارات پرسشنامه‌ها برای سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت گردید. مصاحبه با سالمندان در کانون جهاندیدگان یا منزل سالمند انجام گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با به کارگیری آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های مجذور کای (Square Test-chi) جهت مقایسه فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مورد مطالعه و آزمون من ویتنی (Mann Whitney U Test) جهت مقایسه داده‌های دو گروه، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از مسئولین فرهنگسراي سالمند و کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران اجازه دریافت شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات

مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0.975$ ) و ثبات از طریق آزمون مجدد ( $\alpha = 0.99$ ) مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. این ایزار با برخورداری از ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار بر اساس درک مفهوم سوء‌رفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیستی آنان، تبیین طیف کامل اشکال سوء‌رفتار با سالمند در خانواده، نمره‌گذاری ساده، پایابی و روایی مناسب و قابلیت به کارگیری در موقعیت‌های مختلف، ابزاری مناسب جهت بررسی سوء‌رفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی است [۲۷-۲۸].

۴- نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درج جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور مناسب با سوالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سوال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پایابی و روایی نسخه اصلی [۲۹] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۳۰]. نظر به بی‌سواندی اکثریت سالمندان ایرانی، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل، تک تک عبارات پرسشنامه‌ها برای سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت گردید. مصاحبه با سالمندان در کانون جهاندیدگان یا منزل سالمند انجام گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با به کارگیری آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های مجذور کای (Square Test-chi) جهت مقایسه فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مورد مطالعه و آزمون من ویتنی (Mann Whitney U Test) جهت مقایسه داده‌های دو گروه، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از مسئولین فرهنگسراي سالمند و کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران اجازه دریافت شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات

افزایش احساس نالمبادی، افزایش استرس، تهدید سلامت روان و افزایش افسردگی و دمانس کاهش دهد<sup>[۳۲]</sup>]. نتایج مطالعات Schofield و Mishra و Fisher و همکاران نقش سوئرفتار را بر کاهش سلامت جسمی و روانی، و کیفیت زندگی سالمندان تأیید نموده است<sup>[۱۹,۳۳]</sup>. یافته‌های چندین مطالعه کیفی بر روی سالمندان با تجربه سالمندآزاری مؤید نقش این معضل بر کیفیت زندگی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بود<sup>[۳۴,۲۸-۳۶]</sup>. از طرفی مطالعه‌ی پور و همکاران مؤید تأثیر مثبت حمایت خصوصاً حمایت عاطفی بر کیفیت زندگی سالمندان است<sup>[۳۷]</sup>. در مورد رابطه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب جنسیت یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که زنان و مردان درگروه سالمندان آزاردیده، به ترتیب نسبت به زنان و مردان بدون تجربه سوئرفتار از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که مردان درگروه سالمندان آزاردیده در تمامی ابعاد وضعیت بهتری نسبت به زنان داشته‌اند، اما فقط در بعد سلامت روان تفاوت معنادار را نشان داد. به نظر می‌رسد که مردان درون گرایانه از زنان هستند و به سبب نقشی که در خانواده به عهده دارند کمتر به بازگویی و ابراز مشکلات خود تمایل نشان می‌دهند. مردان بیشتر در محیط خارج از منزل به سر می‌برند و ارتباطات بیشتری نیز با دوستان و همکاران خود برقرار می‌کنند. زنان روحیه حساس‌تر و آسیب‌پذیرتری دارند و به همین دلیل افسردگی و اضطراب در این گروه بیشتر دیده می‌شود که خود باعث کاهش در عملکرد اجتماعی نیز می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد که قدرت تطابق با وضعیت موجود در مردان بیشتر از زنان باشد<sup>[۳۸]</sup>.

پایین‌تر بودن نمره سنجش‌های کیفیت زندگی زنان سالمند نسبت به مردان در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است<sup>[۳۹-۴۱]</sup>، هر چند در برخی مطالعات، متغیر جنسیت در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای به عنوان یک عامل مرتبط شناسایی نشده است<sup>[۴۲]</sup>.

از آنجا که کیفیت زندگی در دوران سالمندی می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. سالمندی، به عنوان یک مسئله زیستی، روانی و اجتماعی که ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، وقیعی با تجربه سوئرفتار همراه باشد، بسیاری از مؤلفه‌های کیفیت

دیگر، کیفیت زندگی گروه سالمندان بدون تجربه سوئرفتار از سالمندان با تجربه سوئرفتار بهتر بوده است (جدول شماره<sup>[۳]</sup>). شایان ذکر است درگروه سالمندان آزاردیده، سالمندان با تجربه هریک از اشکال سوئرفتار در مقایسه با سالمندان بدون تجربه همان شکل از سوئرفتار، در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند و این تفاوت، از لحاظ آماری معنی‌دار بود. از نظر تفاوت کیفیت زندگی بین مردان و زنان، یافته‌های پژوهش نشان داد که مردان درگروه سالمندان با تجربه سوئرفتار در بعد سلامت روان نمره بیشتری نسبت به زنان همان گروه کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود<sup>[۰/۰۴۳]</sup>. در سایر ابعاد، به رغم میانگین بیشتر نمره مردان نسبت به زنان تفاوت معنادار بین زنان و مردان مشاهده نشد. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که زنان درگروه سالمندان آزاردیده، در کلیه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی نمره کمتری را نسبت به زنان بدون تجربه سوئرفتار کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین مردان سالمند بدون تجربه سوئرفتار در کلیه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی نمره بیشتری را نسبت به مردان درگروه سالمندان آزاردیده کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. (جدول شماره<sup>[۴]</sup>).

## بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد<sup>[۳۱]</sup>. سوئرفتار با سالمندان به عنوان یک عامل تهدیدکننده بقا و کیفیت زندگی قربانیان<sup>[۱۳-۱۴]</sup> یکی از علل قابل توجه صدمات فیزیکی، بیماری‌ها، از دست رفتن کارآیی، ارزوا، یأس، نالمبادی، افسردگی و کاهش رضایت از زندگی، سلامتی و امنیت است<sup>[۱۱,۳-۱۲]</sup>. در مطالعه حاضر، همان‌طور که انتظار می‌رفت، گروه سالمندان بدون تجربه سوئرفتار در کلیه ابعاد کیفیت زندگی نمره بیشتری را نسبت به سالمندان با تجربه سوئرفتار کسب کردند. همچنین درگروه سالمندان آزاردیده، سالمندان با تجربه هر یک از اشکال سوئرفتار در مقایسه با سالمندان بدون تجربه همان شکل از سوئرفتار در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند. شواهد بیانگر آن است که سوئرفتار نسبت به سالمندان می‌تواند، کیفیت زندگی قربانیان را به علت کاهش توانایی‌های عملکردی، افزایش واپستگی و سوئتفزیه،

جدول ۱: مشخصات جمعیتی سالمندان مشارکت کننده در مطالعه بر حسب تجربه سوئرفتار (n=۳۶۰)

P*	وجود سوئرفتار (n=۱۸۰)		عدم سوئرفتار (n=۱۸۰)		جنسيت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۲۳	۵۷/۸	۱۲۲	۵۶/۱	۱۰۱	زن
	۳۲/۲	۵۸	۴۳/۹	۷۹	مرد
سن					
۰/۰۲	۳۴/۴	۶۲	۴۷/۸	۸۶	۶۵-۷۰ سال
	۲۹/۴	۵۳	۳۳/۳	۶۰	۷۱-۷۵ سال
	۲۲/۸	۴۱	۱۳/۹	۲۵	۷۶-۸۰ سال
	۱۳/۴	۲۴	۵	۹	>۸۱ سال
میزان تحقیلات					
۰/۰۱۹	۵۱/۱	۹۲	۳۸/۳	۶۹	بی سواد
	۱۸/۳	۳۳	۲۱/۱	۳۸	در حد خواندن و نوشتن
	۱۵/۶	۲۸	۱۵/۶	۲۸	ابتدایی
	۸/۳	۱۵	۱۹/۴	۳۵	متوسطه
	۶/۷	۱۲	۵/۶	۱۰	دانشگاهی
وضعیت تأهل					
۰/۰۳۷	۰	۰	۲/۸	۵	محرد
	۴۸/۹	۸۸	۵۸/۲	۱۰۵	متاهل
	۲/۸	۵	۳/۴	۶	ملقبه و متارکه
	۴۸/۳	۸۷	۳۵/۶	۶۴	همسر فوت کرده
تعداد فرزندان					
۰/۰۱۳	۰	۰	۱/۷	۳	فاقد فرزند
	۲۸/۳	۵۱	۱۶/۱	۲۹	۱-۳
	۵۱/۱	۹۲	۵۵/۶	۱۰۰	۴-۶
	۲۰/۶	۳۷	۲۶/۷	۴۸	>۷
شغل					
۰/۰۰۱	۷۳/۸	۱۳۳	۵۱/۷	۹۳	خاندار
	۲/۹	۷	۷/۸	۱۴	شاغل
	۲۰/۶	۳۷	۳۶/۱	۶۵	بازنشسته
	۱/۷	۳	۴/۴	۸	از کار افتاده
زندگی سالمند با خانواده					
۰/۰۱	۳۶/۱	۶۵	۲۰/۷	۳۷	تنها
	۳۹/۴	۷۱	۵۲/۸	۹۵	با همسر
	۱۸/۳	۳۳	۱۸/۹	۳۴	با فرزندان
	۶/۲	۱۱	۶/۷	۱۲	با همسر و فرزندان
کفایت منابع مالی					
۰/۰۰۱	۱۴/۴	۲۶	۶/۷	۱۲	اصلًا کافی نیست
	۲۷/۲	۴۹	۱۶/۱	۲۹	کمی کافی است
	۴۱/۲	۷۴	۴۷/۸	۸۶	در حد متوسط
	۱۷/۲	۳۱	۲۹/۴	۵۳	کاملاً کافی است
ابتلا به بیماری های مزمن					
۰/۰۹۲	۸۲/۸	۱۴۹	۷۵/۶	۱۳۶	بلی
	۱۷/۲	۳۱	۲۴/۴	۴۴	خبر
سوء مصرف مواد					
۰/۰۱۸	۴/۴	۸	۳	۶	بلی
	۹۵/۶	۱۷۲	۹۹/۴	۱۷۹	خبر
بسیتری مجدد در بیمارستان					
۰/۰۰۱	۵۴/۴	۹۸	۲۱/۱	۳۸	بلی
	۴۵/۶	۸۲	۷۸/۹	۱۴۲	خبر

\* (آزمون مجدور کای)

جدول ۲: فراوانی رخداد هر یک از اشکال سوئرفتار در گروه سالمندان با تجربه سوئرفتار (n=۱۸۰)

وجود رخداد		عدم رخداد		انواع سوئرفتار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۴/۴۵	۱۳۴	۲۵/۵۵	۴۶	غفلت عاطفی
۵۷/۷۸	۱۰۴	۴۲/۲۲	۷۶	غفلت مراقبتی
۳۲/۲۲	۵۸	۶۷/۷۸	۱۲۲	غفلت مالی
۶۲/۲۲	۱۱۲	۳۷/۷۸	۶۸	سوئرفتار روان شناختی
۴۳/۴۳	۷۸	۵۶/۶۷	۱۰۲	سلب اختیار
۲۵/۰۰	۶۳	۶۵/۰۰	۱۱۷	سوئرفتار مالی
۲۲/۳۴	۴۲	۷۶/۶۶	۱۳۸	سوئرفتار جسمی
۱۲/۳۴	۲۴	۸۶/۶۶	۱۵۶	طردشدنگی

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیازهای ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه سالمندان با تجربه و بدون تجربه سوئرفتار (n=۳۶۰)

P*	عدم سوئرفتار (n=۱۸۰)		وجود سوئرفتار (n=۱۸۰)		
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
+/+/+/	۴۷/۲۲(۲۳/۸۰)	۶۸/۳۸(۲۳/۵۲)			عملکرد جسمانی
+/+/+/	۲۸/۳۳(۳۸/۳۳)	۷۴/۱۶(۳۷/۲۶)			حدودیدت در اینفای نقش به علت مشکلات جسمانی
+/+/+/	۳۹/۲۷(۲۰/۰۴)	۶۲/۲۷(۲۲/۴۹)			درد جسمی
+/+/+/	۴۱/۴۸(۲۳/۵۲)	۴۱/۴۸(۱۷/۹۷)			سلامت عمومی
+/+/+/	۴۱/۴۴(۱۸/۸۲)	۶۲/۳۳(۱۸/۸۲)			نشاط
+/+/+/	۴۹/۵۸(۱۹/۰۹)	۷۱/۷۳(۱۸/۸۲)			عملکرد اجتماعی
+/+/+/	۱۵/۰۰ (۳۸/۶۸)	۸۱/۴۸(۳۲/۷۳)			حدودیدت در اینفای نقش به علت مشکلات عاطفی
+/+/+/	۴۷/۸۶(۱۵/۲۴)	۷۰/۱۵(۱۳/۴۳)			سلامت روان

\* (آزمون من ویتنی)

P*	جنسيت (مردان)		جنسيت (زنان)		
	مردان سالمند بدون تجربه (n=۵۸)	مردان سالمند با تجربه سوئرفتار (n=۷۹)	زنان سالمند بدون تجربه (n=۱۲۲)	زنان سالمند با تجربه سوئرفتار (n=۱)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
	۵۱/۲۹(۲۲/۷۰)	۶۹/۳۴(۲۳/۳۷)	۴۶/۰۲(۲۴/۲۱)	۶۷/۷۲(۲۲/۷۲)	عملکرد جسمانی
	۳۰/۶۰(۳۸/۰۵)	۷۸/۷۹ (۳۴/۶۸)	۲۷/۲۵(۳۸/۵۷)	۷۰/۰۴ (۳۸/۹۵)	حدودیدت در اینفای نقش به علت مشکلات جسمانی
	۴۱/۷۲(۱۸/۳۳)	۶۱/۱۳ (۲۳/۰۳)	۲۸/۱۱(۲۰/۶۲)	۶۲/۱۶ (۲۲/۱۳)	درد جسمی
	۴۴/۷۴(۱۵/۴۹)	۵۸/۰۸ (۱۹/۱۰)	۳۹/۹۳(۱۸/۸۹)	۵۸/۳۲ (۱۷/۶۴)	سلامت عمومی
	۴۵/۰۸(۱۸/۷۶)	۶۴/۴۹ (۲۰/۸۷)	۳۹/۷۱(۱۸/۳۸)	۶۰/۶۴ (۱۶/۵۶)	نشاط
	۵۳/۲۳(۱۶/۱۴)	۷۰/۴۱ (۱۷/۸۱)	۴۷/۸۴ (۲۰/۱۸)	۷۲/۷۷ (۱۸/۷۴)	عملکرد اجتماعی
	۲۰/۱۱ (۳۳/۵۸)	۷۸/۹۰ (۳۴/۶۶)	۱۲/۵۶ (۲۵/۸۲)	۸۳/۴۹ (۳۰/۴۱)	حدودیدت در اینفای نقش به علت مشکلات عاطفی
	۵۱/۱۰ (۱۷/۳۱)	۷۰/۰۸۳ (۱۵/۵۷)	۴۶/۳۲ (۱۳/۹۶)	۶۹/۶۲ (۱۱/۵۴)	سلامت روان

\* (آزمون من ویتنی)

آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، امور سالمندی شهرداری (فرهنگسرای سالمندان و کانون‌های جهاندیدگان)، سازمان پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و قوه قضائیه می‌توانند با اتخاذ راهکارهای مناسب جهت کشف و شناسایی قربانیان سوئرفتار، استفاده بهینه از خدمات موجود، ایجاد خدمات منسجم اجتماعی، تقویت شبکه

زندگی را تخریب کرده و سطح کیفیت زندگی سالمندان را پایین می‌آورد. نتایج این مطالعه، بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی و حمایتی در جهت شناسایی قربانیان سوئرفتار نسبت به سالمندان، و پیشگیری و ارائه خدمات جهت حل این معضل با یک رویکرد میان رشته‌ای و تیمی است. وزارت بهداشت، درمان و

علی منظری: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در  
تهیه مقاله

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۱۱۰۷/۸۹/۱۱۰ م-پ، است که توسط معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد، مسئولین فرهنگسرای سالمدان و کانون های جهاندیدگان شهر تهران و همچنین سالمدان شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، ابراز می دارند.

حمایتهاهی اجتماعی، تدوین قوانین حمایت از سالمدان و اساسنامه برای ارزیابی و رسیدگی به موارد سوءرفتار نسبت به سالمدان گامهای بلندی را در جهت حل این معطل مهم بهداشتی و اجتماعی بردارند. محدودیتهای تحقیق: از آنجا که تحقیق حاضر بر روی سالمدان عضو کانون های جهاندیدگان انجام شده که عمدها از سلامت نسبی و میزان مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمال دارد میزان کیفیت زندگی سالمدان در کل جامعه متفاوت باشد؛ لذا باید در تعیین یافته های این تحقیق به کل جامعه احتیاط نمود.

### سهیم نویسندها

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده ها  
ناهید رژه: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه

### منابع

- Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: the Challenge of Success. Population Bulletin, Population Reference Bureau 2005; 60: 1-5
- Lunenfeld B. The ageing male: demographics and challenges. World Journal of Urology 2002; 20:11-16
- Marais S, Conradie G, Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. International Journal of Older People Nursing 2006; 1: 186-89
- Sheykh MT. Social Security and the Elderly People's Pathology in Tehran: a Sociological Study. Iranian Journal of Ageing 2008; 2:454-61[Persian]
- Training manual and comprehensive care, integration of the elderly. Report of the Ageing Department of Ministry of Health and Medical Education (Online) Available:[http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal\\_content/File/behdashti/MatalebAmoozeshi/Rahnama%20salmandi%20gheir%20pezeshk.pdf](http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal_content/File/behdashti/MatalebAmoozeshi/Rahnama%20salmandi%20gheir%20pezeshk.pdf) [Persian]
- Heravi-Karimooi M. The effect of family counseling on prevention of elder neglect. Scientific Journal of Forensic Medicine 2001; 9: 139-142[Parson]
- Sheykhi M T. The elderly and family change in Asia with a focus in Iran: a Sociological assessment. Journal of Comparative Family Studies 2006; 37: 583-88
- Schiamborg LB& Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. Journal of Elder Abuse & Neglect 1999; 11: 79 -103
- Heravi-Karimooi M. Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. The meaning of domestic elder abuse concept. Journal of Daneshvar 2010; 17, 39-51[Persian]
- Pournaghsh-Tehrani, S. Assessment of domestic violence in families in Tehran. Daneshvar Raftar 2006; 23-36 [Persian]
- Newton JP. Abuse in the elderly: a perennial problem; Gerontology 2005; 22:1-2
- Buka P & Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. International Journal of Older People Nursing 2006; 1: 194-200
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder abuse. Journal of the American Medical Association 1998; 280:428-32
- Mouton CP, Espino DV. Problem-orientated diagnosis: health screening in older women. American Family Physician Physician 1999; 59: 1835-42
- Bitondo Dyer C, Pavlik VN, et al. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48: 205-8
- Dong XQ, Simon MA, Gorbien M, Percak J, Golden R. Loneliness in Older Chinese Adults: a Risk Factor for Elder Mistreatment. Journal of the American Geriatrics Society 2007; 55:1831-835
- Wolf RS. The nature and scope of elder abuse. Generations 2000; 24: 6-11
- Y Conwell. Elder abuse--A risk factor for suicide. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 1995; 16: 104-5
- Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: women's Health Australia. Quality of Life Research 2004; 13: 1043-52

20. Neamati Dehkordy S, Dasht Bozorgy B, Pakseresht S, Rasekh A. The effect of reminiscence therapy on elderly quality of life. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2008; 9:75-82[Persian]
21. Coats AJS. Life, quality of life and choice in an ageing society. International Journal of Cardiology 2001; 78: 1-3
22. Bazrafshan MR, Hosaini MA, Rahgozar M, Madah M. Quality of elderly's life in Shiraz, jahandidegan club. Iranian Journal of Ageing 2008; 3:33-41 [Persian]
23. Jogerst GJ, Dawson JD, Hartz AJ, et al. Community characteristics associated with elder abuse. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48: 513-18
24. Rafiee H, Sajjadi H, Narnjyha H, Farhadi MH, Noruzy joveynany S and etal. Interdisciplinary research methods in addiction and other problems and deviations (injury), social (qualitative and quantitative). 1<sup>st</sup> Edition, Danjeh Publication: Tehran, 2007 [Persian]
25. Foroughan M, et al. Validity and reliability of Iranian version of the abbreviated mental test score in Iranian elders. Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation, 2008 [Persian]
26. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim Saha. Abbreviated Mental Test: its use and validity. Age & Ageing 1991; 20: 332-36
27. Heravi-Karimooi M. Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. Iranian Journal of Ageing 2010; 5, 7-21 [Persian]
28. Heravi-Karimooi M. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. PhD Dissertation. Tarbiat Modares university, 2009 [Persian]
29. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment: IQOLA project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 903-12
30. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14:875-82
31. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly. population in Iran: a population-based study. Payesh 2005; 4:113-120[Persian]
32. Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. Clinics in Geriatric Medicine 2005; 21, 293-313
33. Fisher BS, Regan SL. The Extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship with Health Outcomes. The Gerontologist 2006; 46: 200-9
34. Podnieks E. Global response against elder abuse report from Canada. World Health Organization (WHO) & International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA); 2001  
[http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_e\\_a\\_can.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_e_a_can.pdf)(22 December2010)
35. Machado L et al. Report on Elder Abuse in Brazil. World Health Organization (WHO) & International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA); 2001
36. Erlingsson C L, Carlson S L, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden—an exploratory study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20: 151-59
37. Alipour F, Sajadi H, Fourozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. Social Welfare 2009; 9:147-65[Persian]
38. Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. Health-related quality of life in chronic renal failure patients Receiving Hemodialysis. Payesh 2010; 9:349-54[Parson]
39. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association 2004; 103:196-204
40. Knurowski T, Lazić D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. Croatian Medical Journal 2004; 45:750-6
41. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B. Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. Social Science & Medicine 2009; 68:235-42
42. Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. Archives of Gerontology and Geriatrics 2003, 37):63-76

## ABSTRACT

### Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study

Majideh Heravi-Karimooi<sup>1\*</sup>, Nahid Rejeh<sup>1</sup>, Ali Montazeri<sup>2</sup>

1. Elderly Care Research Center- Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

2. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 479-488

Accepted for publication: 26 May 2012  
[EPub a head of print-26 June 2013]

**Objective (s):** This study aimed to investigate the quality of life in older people suffering from abuse by family members in comparison with older patients without such experiences.

**Methods:** Using a quantitative design and a cross-sectional approach, 360 older people (180 abused and 180 non- abused older people) aged over 65 years was entered into the study. Data were collected using the Iranian version of Abbreviated Mental Test Score, the Domestic Elder Abuse Questionnaire and the Iranian version of 36-item Short form Health Survey (SF-36) via face-to-face interviews.

**Results:** It was found that the older people who did not experience abuse from family members reported higher quality of life in comparison with the abused older people( $P<0.00001$ ). Significant differences were observed between male and female with regard to health-related quality of life ( $P<0.00001$ ).

**Conclusion:** The findings suggest that detecting the symptoms of abuse in older people is important. Indeed providing preventive and supportive care for this population seems necessary.

**Key Words:** quality of life, elder abuse, family members, Tehran

\* Corresponding author: Shahed University, Research Center of Client Education and Management - Elderly Health Research Group, Tehran, Iran  
Tel: 66418590  
E-mail: heravi@shahed.ac.ir